

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Médecine et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Nº P19-

059239

Optique

56566

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4623

Société : R.A.T

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SADOU S LHOUSSINE

Date de naissance :

05/12/1946

Adresse :

VILLA N° 36 LOT OCEAN DABOU, A224/1/18A

Tél. : 0670116851

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

19/01/2021

Nom et prénom du malade :

SADOU S LHOUSSINE

Age : 75

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Extracrète CG

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

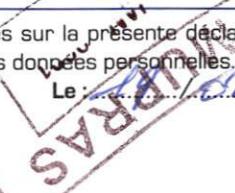
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 19/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
<i>M. M. M.</i>	<i>G</i>		<i>300 DT</i>	<i>DR. S. DENTISTE DENTAL MOLOGISTE S. Bld d'Alfa, 3e Etage N° 31 CASABLANCA Maroc</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AYRAF Dr. Slimane Slimane Res. Arnaud, Bd Almouzine, Casablanca Tel. 0522 39 24 11</i>	<i>19.01.21</i>	<i>656,80</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412   21433552 00000000   00000000	
	D 00000000   00000000 35533411   11433553	
	B	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX			

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LOT T002108 1  
EXP 11 2021  
PPV 164.20 DH

Casablanca, le mardi 19 janvier 2021

Monsieur SAOUS Lhoussine

LOT S016240 1  
EXP 02 2021  
PPV 164.20 DH

S.V

164,20 x 4 = 656,80

LOT T002108 1  
EXP 11 2021  
PPV 164.20 DH



COSOPT COLL N4  
1 GOUTTE, matin et soir  
6 mois à renouveler  
Dans les deux yeux

LOT T009742 1  
EXP 12 2021  
PPV 164.20 DH

DOCTEUR NACER TAZI  
OPHTHALMOLOGISTE  
16, Bd d'Anfa, 3e Etage N° 11  
CASABLANCA